Rok XLVI. Kraków, dnia 1. czerwca 1907. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kiła a wiąd rdzenia.

Na podstawie własnych spostrzeżeń

Napisał

dr Stefan Filipkiewicz

lekarz zakładu w Cieplicach Trenczyńskich.

Powszechnie przyjęto, że wiąd jest wielce powikłanem cierpieniem układu nerwowego, z przeważającemi zmianami w drogach dośrodkowych czyli czuciowych, prowadzącemi do zwyrodnienia istoty nerwowej z następowym rozrostem gleju. Schorzeniu podlegają nietylko korzenie tylne rdzenia, lecz także mózg, kora mózgowa i nerwy obwodowe. Mimo bardzo szczegółowych badań anatomiczno-patologicznych i drobnowidowych, mimo określenia i wytłómaczenia, na podstawie tychże zmian, objawów wiądu, istota tego cierpienia nie jest rozstrzygnięta, czynnik przyczynowy nie został ustalony, a z pomiędzy wielu teoryi etyologicznych górują dwie: kiłowa i urazowa. Większość z Fournierem, Erbem, Strümpllem i t. d. na czele, popierają teoryę kiłową zestawieniami, wykazującemi 90—93% kiły w wywiadach, a nie mogąc się oprzeć na zmianach anatomicznych w wiądzie, gdyż nie posiadają one wybitnych cech zmian kiłowych, uważają wiąd za następstwo kiły, za sprawę parasyfilityczną, w której nie zmiany swoiste, ale toksyny, z jadu kiłowego powstałe, do zwyrodnienia tkanki nerwowej wiodą.

Erb na zasadzie rzadko spotykanych przypadków wiądu z równoczesnemi zmianami swoistemi w innych narządach, odstępuje w takich przypadkach od teoryi toksynowej i wnosi, że kiła obok objawów swoistych wywołać może w układzie nerwowym i zmiany nieswoiste.

Fanatyczni zwolennicy pochodzenia kiłowego wiądu, braku kiły w 10% przypadków nie uwzględniają, za inną przyczyną równorzędną nie śledzą, wnosząc, że ponieważ w 90% przypadków wiądu przebycie kiły stwierdzono, to i te pozostałe 10% tej samej przyczynie podporządkować należy.

W ostatnich latach nie brak ścisłych badań, dążących do wyświetlenia patogenezy wiądu i tak: Nageotte (Presse médicale l. 1903) na podstawie badań drobnowidowych twierdzi, że punktem wyjścia zmian w wiądzie są opony rdzenia, z których sprawa szerzy się na słupy tylne i w przebiegu cechy kiłowe przedstawia. Ferrier (Brit. med. Journal, 1906) skłania się do zapatrywania, że pokiłowe toksyny wywołują zwyrodnienie protoneuronu czuciowego, gdyż zwiększona limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym nie ustępuje w wiądzie swoistemu leczeniu przeciwkiłowemu. Marinesco (Deutsch. med. Wochenschr. 1907) nie znalazłszy w 15 przypadkach w cieczy mózgowo-rdzeniowej u cierpiących na wiąd pokiłowy, krętków bladych, przychyla się również do teoryi toksycznej.

Wręcz odmiennego zdania jest Leyden i jego zwolennicy. Przeziębienia, nadmierna praca mięśniowa, nadużycia in Baccho et Venere, jednem słowem w najogólniejszem znaczeniu uraz (trauma) fizyczny czy psychiczny, stanowią według tych autorów czynnik przyczynowy wiądu, jednak jakiejś innej choroby autorowie ci kile nie przeciwstawiają. Że dziedziczność w zakresie chorób nerwowych, usposobienie neuropatyczne, do rozwoju wiądu, do przyspieszenia wybuchu tego cierpienia i złośliwości jego przebiegu potężnie przyczynić się może, tego i Fournier nie zaprzecza.

I w naszem piśmiennictwie oświetlał sprawę wiądu z różnych stron cały szereg autorów, jak: Adamkiewicz, Bauerertz, Bregman, Bornsztein, Dunin, Flatau, Gajkiewicz, Goldflam, Kopczyński, Orłowski, Piltz, Sędziak, Stróżewski, Szczepaniak, Trzciński, Tumpowski.

Zestawienie spostrzeganych przezemnie przypadków wiądu przedstawia się następująco:

Na 328 chorych przebywało kiłę stanowczo stwierdzoną:

303 kiłę nabytą,
1 kiłę dziedziczną,
24 kiły nie przebywało,

a więc 92·6% przypada na kiłę, co odpowiada zestawieniu Fourniera, Erba, Gajkiewicza i t. d.

Na 304 przypadki kiłowe przypada 294 mężczyzn, 10 kobiet. Najwcześniej wystąpiły objawy wiądu w 3 lata, najpóźniej w 25 lat, średnio między 8. a 15. rokiem po zakażeniu, a między 28 a 45 rokiem życia. Wszyscy chorzy należeli do wyższych klas społeczeństwa, prowadzili życie czynne, mniej lub więcej życia używali i nadużywali; i tak w 43 przypadkach nadużycia in Baccho et Venere, w 15 dziedziczne choroby nerwowe, w 11 usposobienie neuropatyczne, w 8 nagłe przeziębienie wybuch wiądu poprzedzały. W trzech przypadkach wiądu towarzyszyły objawy kiły trzeciorzędnej, a mianowicie w jednym kilak rozpadły w okolicy stawu łokciowego, w drugim zajęcie i zgrubienie okostnej kości piszczelowej, w trzecim rozwinięta w 36 r. życia miażdżyca tętnic z niedomykalnością zastawek aorty[1]).

(Dok. nast.)

[1]) Leczenie swoiste w tych trzech przypadkach objawów wiądu zupełnie nie usunęło, — nie można ich więc zaliczyć do *pseudotabes syphilitica*.

Z kliniki lekarskiej prof. dra Konrada Wagnera w Uniwersytecie kijowskim.

O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki.

Podał

Dr E. Żebrowski.

(Ciąg dalszy.)

Zjawianie się białkomoczu, lub też jego zwiększanie się po uciskaniu nerki jest, według moich spostrzeżeń, zjawiskiem stałem. Co prawda, niekiedy po pierwszem badaniu otrzymywałem wyniki ujemne, jednakże w przypadkach tych można było doszukać się zawsze jednego ze wskazanych przez Schreibera warunków, które przeszkadzają wystąpieniu białkomoczu wskutek uciskania nerki. Trafiało się to najczęściej w początku moich badań, zanim nie opanowałem techniki bezpośredniego uciskania nerki. Niemniej jednak i potem od czasu do czasu zdarzały się przypadki, w których dopiero powtórne badanie doprowadzało do pożądanego wyniku. Zależało to prawdopodobnie od tego, że chorzy nie umieli unikać zupełnie naprężenia mięśni brzusznych. Chociaż przypadki te są bardzo rzadkie (z 39 - 2), to jednak wobec możliwości ich istnienia, należy ustalić jako zasadę, że wynik ujemny przy jednorazowem badaniu nie uprawnia jeszcze do żadnych wniosków. W tych przypadkach, w których nie można wymacać nerki nawet przy najgłębszym wdechu, a tem samem nie można ucisnąć jej bezpośrednio, białkomoczu zwykle nie bywa. W 8 takich, badanych przezemnie przypadkach, pomimo usilnego miesienia okolicy nerkowej obu rękami otrzymałem wynik ujemny.

Ucisk na nerkę ruchomą przez przykrywającą ją wątrobę może niekiedy wywołać nieznaczny białkomocz. Schreiber z 3 przypadków, w których obmacywał jednocześnie wątrobę i prawą nerkę, w jednym tylko po uciskaniu nerki przez wątrobę wykrył nieznaczne ślady białka [5]), kiedy bezpośrednie uciskanie nerki wywołało we wszystkich 3 przypadkach wyraźny białkomocz.

W jednym z takich zbadanych przezemnie przypadków (L. 13 w tabl.) uciskanie nerki przez wątrobę nie wywołało żadnych zmian w moczu; bezpośrednie zaś uciskanie nerki wywołało znaczne zwiększenie się ilości białka (od 0,33‰ do 1,32‰).

Obfite moczenie może być przyczyną niewystąpienia białkomoczu uciskowego nawet w łatwo wymacalnych nerkach. W tych przypadkach, w których chory w ciągu każdych 10—15 minut oddaje więcej, niż 50 sz. c. moczu, może białkomocz uciskowy nie wystąpić, wskutek znacznego rozcieńczenia moczu. W takich przypadkach osiągałem pożądany wynik dzięki temu, iż zalecałem choremu w przeddzień po 6. godzinie wieczorem i zrana przed badaniem nie wypijać więcej, niż pół szklanki płynu (mleka lub herbaty). W tablicy umieściłem 2 przypadki obfitego moczenia (L. 1 i 22). Wobec tego należy w każdym przypadku przed badaniem zmniejszyć o ile można ilość wypijanego płynu.

[5]) Zeitsch. f. klin. Med. T. IV. Str. 20.

Największą ilość białka znajdowałem zwykle w moczu w 10—20 minut po uciskaniu nerki, poczem ilość białka szybko zmniejszała się, a w 1—2 godzinach po badaniu znikało ono zupełnie. W jednym tylko przypadku przewlekłego zapalenia nerek (L. 13), i w następnym dniu po uciskaniu nerki znalazłem zwiększenie białkomoczu (0,75‰ zamiast 0,3 0.5‰).

W badanych przezemnie przypadkach ilość białka waha się w granicach od śladów jego (< 0,33‰) do 4‰.

Schreiber, omawiając sprawę stopnia białkomoczu uciskowego, skłania się do przypuszczenia, że wogóle ilość białka w moczu zależy od stopnia przemieszczenia nerki, od stopnia możności dosięgnięcia jej obu rękami, od wielkości dostępnej powierzchni i od siły i trwania ucisku; zastrzega się on jednak, że w poszczególnych przypadkach nie zawsze to spostrzegać się daje (»Im Einzelnen trifft das jedoch nicht zu«). W innem miejscu natomiast jeszcze wyraźniej wypowiada się on przeciwko przytoczonemu swemu twierdzeniu ogólnemu: »Częstokroć właśnie po nader dokładnem uciskaniu nerki otrzymywałem bardzo nieznaczny białkomocz« (»öfter gerade nach ausgiebiger Palpation der Niere die geringsten Eiweisseffecte gefunden wurden«).

Według naszych spostrzeżeń ilość białka w moczu po uciskaniu nerki nie zależy bynajmniej od stopnia jej wymacalności. Z 39 badanych nerek z wyjątkiem 5 przypadków, w których nerki były oprócz tego bardzo zmienione przez sprawę chorobową, mieliśmy 34 przypadki zwykłej ruchomej nerki, które w stosunku do stopnia ruchomości grupowały się w następujący sposób: ruchomość I. stopnia była w 20 przypadkach, II. stopnia w 6 przypadkach i III. stopnia w 8 przypadkach. Jeżeli oznaczymy dowolnie 3 następujące stopnie białkomoczu uciskowego; 1) nieznaczny, przy ilości białka mniejszej, niż 0,033‰, 2) średni od 0,033‰ do 1‰ i 3) znaczny (więcej > 1‰), i zrachujemy w odsetkach ilość przypadków, odpowiadających każdemu z tych stopni białkomoczu przy różnych stopniach ruchomości nerek, to otrzymamy następujący stosunek:

Tablica 2.

Ilość białka . .	< 0,033‰	0,033‰—1‰	> 1‰
Ruch. nerki I st.	45%	40%	15%
Ruch. nerki II st.	33%	66%	
Ruch. nerki III st.	62,5%	37,5%	

Jak widać z przytoczonej tablicy, nie zachodzi żaden stosunek pomiędzy stopniem ruchomości nerki, a ilością białka. W badanych przezemnie przypadkach najwyraźniejszy białkomocz (> 1‰) spostrzegać się dawał w przypadkach ruchomości nerki I. stopnia; pośród zaś przypadków ruchomości nerki III. stopnia największą okazała się odsetka (62·5‰) nieznacznego białkomoczu (< 0,033‰).

Ilość białka nie zależy prawdopodobnie także od stopnia, czyli siły i czasu trwania mechanicznego oddziaływania na nerkę. Przekonałem się o tem w 3 przypadkach ruchomości III. stopnia

(L. 34, 35 i 38), w których przy powtórnych badaniach i silnem uciskaniu nerki do 30 razy, wykrywałem w moczu tak samo nieznaczną ilość białka (< 0,033‰), jak i przy słabem uciskaniu około 10 razy. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Dr Wacław Męczkowski. **Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem.** Tom I. Warszawa 1907. Str. 480. (Skład główny w księgarni E. Wendego). Rbs. 1,50.

Ilekroć dr Męczkowski zabierał głos w sprawach szpitali w Królestwie Polskiem, zawsze w artykułach tych uderzało bogactwo materyału faktycznego, ścisłość przedstawienia rzeczy i zupełne panowanie nad przedmiotem. Zalety te stają się zrozumiałe przez wydanie niniejszego dzieła, dowodzącego, na jak gruntownych i źródłowych badaniach opierał autor swoje wywody. Toteż bez przesady powiedzieć można, że dr Męczkowski jest obecnie jednym z najlepszych znawców historyi i stanu szpitali w Królestwie.

Wydany obecnie tom pierwszy obejmuje szczegółowe monografie szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu, szpitala w Milanowie i szpitala starozakonnych w Kaliszu. Szpital starozakonnych w Kaliszu opracował autor wspólnie z dr Beatusem. Monografie te ukazywały się częściowo w »Pamiętniku Towarzystwa lek. warsz.«, a wydane zostały z udziałem zapomogi Kasy Mianowskiego. Są one tem pożądańsze, że na polu historycznem brakło u nas należytego wyzyskania źródeł i dopiero niezbyt dawno rozpoczęto w tym kierunku systematyczną pracę. Zdobywszy sobie na tem polu obok Bielińskiego, Peszkego, Giedroycia, Zahorskiego i i. już niemałe zasługi, niechże nam autor pozwoli jaknajrychlej powitać dalsze tomy swych cennych monografii. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

J. Czajkowski. **O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych.** (*Rozpr. Wydz. mat. przyrodn. Akad. Um. w Krakowie*, tom XLVII, serya B). Według zapatrywań autora, potrzeba dla sztucznego uodpornienia ustroju zwierzęcego przeciw błonicy długiego czasu i wielkich ilości jadu; natomiast uodpornienie w razie samorodnego zachorowania na błonicę następuje rychło (już w kilka do kilkunastu dni). Opierając się na tem zapatrywaniu, twierdzi autor, że przy uodpornieniu naturalnem musi współdziałać jakiś czynnik nieznany, jakieś »X«, »nieobecne naturalnie w razie uodporniania sztucznego«. C. przypuszcza, że owo domniemane »X« jest »jądrem twórczem« ciała mikrobów, z którego powstają z jednej strony same jady swoiste — a z drugiej również antytoksyny. Z owego jądra twórczego mogą, zdaniem C., powstać antytoksyny przez działania zaczynów, oksydaz i paroksydaz, znajdujących się w komórkach ustrojów zwieizęcych. Ażeby te teoretyczne przypuszczenia doświadczeniem stwierdzić, trzeba było otrzymać w stanie możliwie czystym 1) zaczyny, 2) »jądro twórcze« mikrobów i 3) poddać te substancye wzajemnemu działaniu. Zaczyny otrzymuje autor ze świeżej wątroby lub śledziony wołów lub cieląt, a »jądro twórcze« z czystej hodowli odpowiednich bakteryi, wyjałowionej w autoklawie. Potem miesza zaczyny z preparatem z bakteryi w fizyol. rozczynie NaCl w pewnym stosunku i zostawia w cieplarce przez 2 i więcej miesięcy. Gdy płyn wyklaruje się, »surowica sztuczna jest gotowa do użytku«.

Z taką »surowicą« przeciwbłoniczą wykonał autor 38 doświadczeń na świnkach morskich i 4 doświadczenia na królikach. Prócz tego stosował ją u ludzi w 15 przypadkach krupu i błonicy gardła. Z wyników był bardzo zadowolony. Dalej przytacza autor 4 przypadki duru, leczone swoją »surowicą« przeciwdurową również z pomyślnym wynikiem. Podaje również, że otrzymał w podobny sposób surowice: przeciwgruźliczą, przeciwpaciorkowcową, przeciwpneumokokową i przeciwcholeryczną.

(Przetwory, uzyskane przez autora, w żadnym razie nie powinny być nazywane »surowicą«, bo nie mają nic wspólnego z tą nazwą, utartą już powszechnie w pewnem ścisłem znaczeniu w nauce i lecznictwie. Znacznie odpowiedniejsza byłaby nazwa »szczepionki«. O 4 przypadkach, leczonych przez autora szczepionką przeciwdurową, nie można nic powiedzieć. Jeżeli dzisiaj chce się dowieść działania jakiegoś swoistego leku w durze, to trzeba przez wyhodowanie prątków durowych z ustroju chorego udowodnić napewno, że choroba była rzeczywiście durem. Dzisiaj już nawet próba Widala do tego celu nie wystarczy. Tymczasem autor ani prątków durowych nie wyhodował, ani nawet próby Widala ani razu nie wykonał. Z 15 przypadków błonicy i krupu u ludzi, leczonych szczepionką przeciwbłoniczą, autor opisuje tylko 3. Wstrzyknął w nich po 10 lub 5 ctm³. swej »surowicy«. Za każdym razem stan ogólny i zmiany miejscowe na drugi dzień znakomicie się poprawiały i, jak się zdaje, poprawa była trwałą. We wszystkich 15 przypadkach stwierdził autor rozpoznanie hodowlami bakteryologicznemi. Te 3 przypadki mogą zachęcić do dalszych prób, ale wogóle liczba przypadków klinicznych jest zbyt szczupła, aby wolno było wysnuwać jakieś dalsze wnioski; cała zaś ta strona sprawy potrzebuje jeszcze potwierdzenia przez innych klinicystów.

38 doświadczeń na świnkach morskich wykonał autor w ten sposób, że szczepił im naprzód jad błoniczy (jak się zdaje bardzo różnej siły), a potem w 10' swoją antytoksynę, albo też mieszał toksynę z antytoksyną i razem szczepił. Toksyny szczepił zawsze tyle, że świnki, zaszczepione samą toksyną, padały zwykle na 3. dzień. Odpowiadałoby to najwyżej 1½-krotnej dawce śmiertelnej. Raz tylko padła świnka na 2. dzień, coby odpowiadało mniejwięcej dawce śmiertelnej. Antytoksyny szczepił od 0,01 do 0,0001 ctm.³. Wyniki były takie, że z 29 świnek, którym szczepił toksynę w powyższych dawkach ze swoją antytoksyną, 24 przeżyło, a tylko 5 padło. Z 9 kontrolnych świnek wszystkie padły. O tych doświadczeniach powiedzieć trzeba, że 1) autor do kontroli jadu używał zawsze tylko 1 świnki, co stanowczo nie wystarcza; nie znajdujemy też nigdzie wzmianki, by u którejkolwiek z owych 9 kontrolnych świnek wykonano sekcyę i pośmiertne badanie bakteryologiczne. Wskutek tego niewiadomo, czy która z nich nie była chora lub nie padła z innej przyczyny. Wskutek tego dalej i o leczniczej wartości szczepionki nic się nie da stanowczo powiedzieć. 2) Autor używał do swoich doświadczeń najwyżej 1½—2-krotnej dawki śmiertelnej jadu. Autor powinien był jednakowoż użyć 100-krotnej dawki śmiertelnej i zaszczepić ją ze 100-krotną dawką swojej szczepionki. Być może bowiem, że szczepionka autora podnosi nieswoistą odporność ustroju, jak n. p. wiadomo, że podnosi ją wstrzyknięcie pewnych ciał białkowatych, związków nukleinowych, hetolu, wyciągu obojętnych bakteryi, n. p. prątka ropy błękitnej i t. d. Kto wie, czy autor nie otrzymałby tak samo pomyślnych wyników, gdyby w swoich przypadkach duru był użył swojej szczepionki przeciwbłoniczej, a w przypadkach błonicy — swojej szczepionki przeciwdurowej.

Na jak kruchych podstawach opiera autor swoje obliczenia, przykładem jest Nr 6 doświadczenia na świnkach. Autor powiada o tem doświadczeniu, że ono »każe oceniać siłę mej surowicy na 100 JSE w 1 ctm.³«. I rzeczywiście w »Zestawieniu I« widzimy, że w dośw. 6. zaszczepił autor 0,01 ctm.³ ze 0·27 ctm.³ toksyn i wywołał przez to śmierć świnki po 4 dniach. Możnaby się zatem zgodzić na to, że »surowica« owa zawiera 100 jednostek uodparniających w 1 ctm.³, jeśli przyjmiemy, że 0,27 ctm.³ toksyn jest dawką L+. Jednak w dośw. 5. autor zaszczepił 0,27 tych samych toksyn z 0,01 ctm.³ swojej szczepionki i świnka zginęła już po 3 dniach. Toby znaczyło, że owa szczepionka zawiera mniej, niż 100 jedn. uodp. w 1 ctm.³. W dośw. 7. autor zaszczepił 0,27 ctm.³ tejże toksyny z 0,001 ctm.³ swej szczepionki; świnka ta padła po 3 dniach. Toby oznaczało, że »surowica« zawiera mniej, niż 1000 jedn. uodp. w 1 ctm.³, ale najprawdopodobniej znacznie więcej, niż 100. Wreszcie w dośw. 4. autor szczepi równocześnie 0,27 tej samej toksyny bez żadnej szczepionki i — świnka pada również po 3 dniach. Zatem z tych 4 doświadczeń, wykonanych równocześnie tą samą toksyną, trzeba wyciągnąć wniosek, że szczepionka autora nie miała żadnego wpływu na przebieg zatrucia jadem błonicy. Jak widzieliśmy zaś, autor z tych 4 doświadczeń wybiera tylko jedno (Nr 6) i na jego podstawie, nie oznaczywszy wcale dawki L+, oznacza wysoko wartość swojej »surowicy«.

Należy życzyć autorowi, ażeby to zaufanie, jakie posiada do swoich przetworów, było usprawiedliwione i w przyszłości go nie zawiodło; jednak dowody, jakie autor dotychczas przytoczył, nie mogą wystarczyć na to, ażeby i w świecie lekarskim to samo zaufanie zdobyć. *Przyp. spr.*). *R.*

Deutschmann. **Nowa surowica lecznicza.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19). Przez wprowadzanie do ustroju zwie-

rzęcego drożdży w coraz to większej ilości wzmacnia się znacznie jego odporność na zakażenia. Surowica zwierząt uodpornianych drożdżami ma te same własności. Dla człowieka zdrowego jest ona zupełnie nieszkodliwą, przy zakażeniu zaś jest bardzo, zdaniem D., dobrym środkiem leczniczym, wpływa wybitnie na spadek ciepłoty i skraca przebieg choroby. Po wstrzyknięciu w 6—12 godzin ciepłota opada; czasem w pierwszych godzinach chwilowo trochę się podnosi. Dawka u dorosłych 3—4 cm.^{3}, u dzieci 0,75—1 cm.^{3}. W razie braku skutku należy po 2 dniach wstrzyknięcie powtórzyć. Wstrzykuje się śródmięśniowo w pierś lub brzuch. Do leczenia surowicą nadają się następujące cierpienia: zapalenia włóknikowe płuc, róża, grypa, płonica, odra, dur, trądzik, wrzodzianki, wypryski, a w końcu zakaźne choroby oczne. Surowicę autora wyrabia laboratoryum Ruete-Enoch w Hamburgu we flaszeczkach (po 2 cm.^{3}) po cenie 2,20 mk. *Klęsk.*

Medycyna wewnętrzna.

Vaillard i Ch. Dopter. **Leczenie surowicą czerwonki prątkowej.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur.* Kwiecień 1907). Autorowie zdają sprawę z dalszych 243 przypadków, leczonych surowicą, i to osobno z 200 przypadków, które dotyczyły chorych poprzednio zupełnie zdrowych, a osobno z 43 przypadków u ludzi umysłowo chorych. Na 200 przypadków grupy pierwszej było 101 średnio ciężkich, 55 ciężkich, 19 nadzwyczajnie ciężkich i 25 uważanych przed leczeniem za stracone. Na 99 przypadków ciężkich i rozpaczliwych zmarło razem 10. Jednak wszystkich 10 zejść nie można przypisywać nieskuteczności surowicy, bo 5 chorych zaczęto leczyć, kiedy już byli prawie umierający, jeden umarł z zapalenia otrzewnej, które już istniała z pewnością przed zastosowaniem surowicy, jedno dziecko zginęło z zapalenia płuc, gdy czerwonka zaczynała już ustępować, w końcu jeden chory zginął z posocznicy krwotocznej w 10 dni po wyleczeniu czerwonki. A wreszcie nie zawsze stosowano surowicę dość wcześnie i w dawkach dostatecznych. Raz się wydarzyło, — i to dotąd po raz pierwszy — że chory nie znosił surowicy i że u niego z powodu posurowiczych ciężkich przypadłości musiano leczenia zaniechać. Jeżeli się odejmie od ogólnej liczby 10 zejść przynajmniej 6, w których chorzy byli w stanie beznadziejnym, lub nawet umierający z chwilą pierwszego wstrzyknięcia surowicy, zostanie odsetek śmiertelności tylko 2%. Jednem słowem dotychczasowy wynik jest znakomity, zważywszy że dawniej wynosił odsetek śmiertelności od 11% do 60%. Metoda autorów nie tylko obniża odsetek śmiertelności, ale i bardzo szybko sprawia chorym ulgę i leczy ich. Rychło ustępują bole i parcie i spada ilość wypróżnień. Równocześnie znika ze stolców krew, a potem śluz. Czerwonka średnio ciężka przesila się po 24 do 48 godzinach; — w przypadkach ciężkich, w których w czasie pierwszego zastrzyknięcia surowicy było 100, 150, a nawet 200 wypróżnień, już po 2 lub 3 wstrzyknięciach liczba ich spada na 20. Równocześnie poprawia się stan ogólny chorego i już po 4 lub 6 dniach podnoszą się ciężko chorzy, a po dniach 10 do 15 tacy, którym dotąd tylko śmierć rokowano. Leczenie surowicą daje tem lepsze wyniki, im wcześniej zastosowane i dlatego należy je stosować zawsze odrazu, a nie czekać, aż się tymczasem sprawa pogorszy. W przypadkach średniego nasilenia wystarcza 20 cm^3. w przypadkach cięższych, szczególniej już kilka dni trwających, trzeba odrazu dawek wysokich (50, 80, 100 cm^3.). W drugiej grupie (umysłowo chorzy) leczono 43 przypadków. Śmiertelność w tej grupie wynosiła od 12·5% do 50%, przeważnie stosowano tu jednak surowicę bardzo późno i w bardzo małych dawkach. W końcu podnoszą autorowie myśl, żeby surowicę tę stosowano zapobiegawczo. *Stahr.*

Th. Rosenheim. **Naciekowe zapalenie okrężnicy i pętli esowatej.** (*Deut. med. Wochs.* Nr. 11, 1907). Stwierdzono już bezsprzecznie, iż istnieją w zakresie okrężnicy i pętli esowatej ostre lub przewlekłe ograniczone sprawy zapalne, wiodące do nacieku ściany jelita, który to naciek stwierdzamy klinicznie jako większy lub mniejszy guz. Sprawy te noszą wedle Lubego nazwę: zapalenie kiszki grubej naciekowe, wedle Schütza: zapalenie przerostowe. Anatomicznie można tu rozróżnić trzy rozmaite sprawy: 1) Ropowica z owrzodzeniami błony śluzowej i zapaleniem okołookrężniczem. Przebieg ostry, rokowanie wątpliwe ze względu na możliwość przedziurawienia do jamy otrzewnej, wytworzenie się ropni i przetok. 2) Prosty, twardy naciek z przerostem błony mięsnej i niewielkiem zwężeniem. Sprawa wybitnie przewlekła; nie można się tu spodziewać cofnięcia się sprawy. 3) Niewielka sprawa zapalna wywołuje kurcz mięśni jelita, które wyczuwamy jako guz. Tu sprawa się dobrze kończy, a guz znika. Prócz spraw, ściśle ograniczonych na przestrzeni niewielu centymetrów, poza którymi błona śluzowa jelita jest prawidłowa, zdarzają się też przypadki, w których większa część jelita jest zajęta, a jedynie w niewielkim odcinku sprawa zapalna występuje tak silnie, iż objawy podmiotowe i przedmiotowe zacierają obraz zajęcia całego jelita. Przebieg bywa rozmaity, w większości przypadków przewlekły, najczęściej z zaostrzeniami. Często zaczyna się ostrym napadem i przechodzi w okres przewlekły, to znów po początku przewlekłym następuje ostry napad. Objawami choroby są bole i zaburzenia w krążeniu kału, zwykle zaparcie stolca, przechodzące podczas zaostrzenia się sprawy w biegunki. Do niedrożności zupełnej nie dochodzi nigdy. Przedmiotowo stwierdzamy obecność bolesnego guza rozmaitej wielkości w miejscu chorobowo zmienionem. Rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne. Jedynie dłuższe śledzenie przebiegu choroby pozwala wyłączyć raka. Za wskazówkę służyć tutaj może mała ruchomość guza zapalnego w porównaniu do rozpoczynającego się nacieku rakowego, niewielkie objawy zwężenia w przebiegu sprawy zapalnej i łatwość wprowadzenia wysoko rektoromanoskopu. Autor opisuje 5 niewątpliwych przypadków tego cierpienia; we wszystkich stwierdził obecność guzów grubości od dużego palca do 3 palców, a długości od 8—25 cm., z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wyczuł zgrubienie jedynie w pętli esowatej; zawsze stwierdzał bolesność dotykową guza. Romanoskopem stwierdzał R. przekrwienie zapalne błony śluzowej pętli esowatej, wchodził łatwo wysoko, takie jednak badanie było bolesne. Początek cierpienia był przewlekły w 4 przypadkach, w jednym ostrym zawsze było zaparcie stolca, nie bardzo wielkie; podczas nawrotów cierpienia w piątym przypadku biegunki. Zaostrzenie się sprawy zapalnej najczęściej w związku z błędem dyetetycznym spostrzegal R. w 1., 3. i 4. przypadku. Stolce zawierały zawsze krew i śluz, w pierwszym przypadku prócz tego w czasie zaostrzenia się sprawy strzępki ropy. — Leczenie polegało na leżeniu w łóżku, zastosowaniu dyety przeważnie roślinnej, regulowaniu i rozmiękczaniu stolców (zapomocą małych lawatyw z oliwy) i gorących okładach na brzuch w miejscu, zajętem sprawą chorobową. Leczenie to przynosiło chorym znaczną ulgę w bolach, wiodło zawsze do zniknięcia krwi ze stolców w przypadku 1. i 4. nastąpiło nawet całkowite wyleczenie, ze zniknięciem zgrubienia jelita. R. zwraca wreszcie uwagę, że trafne rozpoznanie jest możliwe jedynie po dłuższem śledzeniu przebiegu choroby. *Dr Witold Skórczewski.*

A. Beauvy. **Myeloidalne podbiałaczkowe powiększenie śledziony.** (*Splénomegalie myéloïde subleucémique*). (*Bull. et. Mém. de la Soc. anatom. de Paris* listopad 1906). Obrzękłe śledziony nie białaczkowe niektórzy chirurgowie wycinają, inni są temu przeciwni. Sprawy tej dotąd ostatecznie nie rostrzygnięto. Obecnie przeważa kierunek, przeciwny wycinaniu śledziony bez względu na to, czy obrzęk śledziony jest białaczkowy, czy nie. Dlatego każdy przyczynek w tej sprawie jest bardzo ciekawy. B. spostrzegał przypadek myeloidalnego obrzęku śledziony, któremu towarzyszyła leukopenia. Poprzednio ogłoszono tylko jeden taki sam przypadek (Hirschfeld). U 25-letniej chorej istniał obrzęk śledziony, objawy niedokrwistości, ale nie było wyniszczenia. Ilość c. czerwonych wynosiła 2.000.000, ilość białych była niżej prawidłowej (2,200 — 800 — i 1,200). Odczyn białaczkowy krwi był niebardzo wyraźny (3% eozynochłonnych, 1% myelocytów, mniej niż 1% c. czerwonych jądrzastych). Badanie krwi zatem nie pozwalało rozpoznawać prawdziwej białaczki. Wycięto śledzionę; chora w nocy po zabiegu zmarła. Śledziona ważyła 1770 gramów, miała wyraźne utkanie szpikowe, wątroba i nerki były prawidłowe. Przypadek ten trudno zaliczyć do grupy niedokrwistości śledzionowych (*anaemia splenica*) z powodu małej ilości normoblastów, natomiast bardzo się on zbliża do białaczki szpikowej. Różni się od niej tylko ilościowo, a nie jakościowo z powodu małej ilości krwinek białych (leukopenia); stąd przymiotnik »podbiałaczkowy«. Przypadki takie zachowują się klinicznie zupełnie tak samo, jak przypadki białaczki prawdziwej, t. j. po wycięciu śledziony następuje dość rychło śmierć. *Stahr.*

O. Cozzolino. **Niedokrwistość tęgoryjcowa u dzieci.** (*Pediatria,* luty 1907. *Sém. med* Nr. 18, 1907). Tęgoryjec może wywoływać nietylko u dorosłych, ale i u dzieci ciężką niedokrwistość. Jeśli rodzice dziecka lub większość członków rodziny nawiedzona jest tęgoryjcem, to wyjątkowo chyba nie znajdzie się w wypróżnieniach dziecka jaj pasorzyta. Dzieci przeważnie nie doznają z początku żadnych zaburzeń, ale zwolna może się u nich rozwinąć złośliwa niedokrwistość, jak to widział autor u 2 sióstr, bliźniąt, u których choroba zakończyła się śmiercią. Dzieci te liczyły po 2½ roku i pochodziły z rodziny włoskiej, która dopiero co powróciła do ojczyzny z Brazylii. Wszyscy

członkowie tej rodziny, a więc rodzice i kilkoro dzieci, byli zakażeni tęgoryjcem, a najbardziej niedokrwistą była matka. W czasie przeprawy morskiej zjawiła się u jednej z dziewczątek lekko krwawa biegunka; przybywszy do Genui, było dziecko bardzo blade i wyraźnie obrzękłe; ilość c. czerwonych wynosiła 2,600.000 z bardzo małym wskaźnikiem hemoglobinowym i bez wyraźnej eozynofilii, ilość ta spadła następnie do 1,760.000, przyczem zjawiło się kilka normoblastów. W wypróżnieniach znaleziono jaja tęgoryjca. Energicznego leczenia przeciwpasorzytowego nie można było zastosować, bo dziecko miało ciężki krztusiec, powikłany zapaleniem oskrzeli i płuc, na co też w końcu zmarło. Badanie pośmiertne stwierdziło rozległy nieżyt jelit z wybroczynami i obecność tęgoryjca. Gruczoły zaotrzewne i śledziona były obrzękłe. Historya drugiego dziecka jest bardzo podobna. Niedokrwistość dosięgła u niego wyższego stopnia. Dziewczynka ta wyleczyła się z krztuśca i jego powikłań płucnych, ale zginęła z niedokrwistości w stanie wielkiego wyniszczenia: w jelicie cienkiem znaleziono przeszło 200 tęgoryjców. W przypadku tym rozwinął się obraz, klinicznie zupełnie przypominający niedokrwistość złośliwą i, mimo zastosowania leczenia swoistego stan się nie poprawił. Środki czerwiogubne są niebezpieczne dla dzieci osłabionych i wyniszczonych i dlatego autor ostrzega przed ich stosowaniem, zanim rozpoznania nie oprze się na badaniu drobnowidowem kału. *Stahr.*

Chalier A. **Albuminuria orthostatica.** *(Presse méd.* Nr. 36, 1907). Autor jako uczeń prof. Poncet'a z Lyonu skłania się do tłómaczenia tego cierpienia zmianami nerki samej i zwraca uwagę, że częstą przyczyną sprawy bywa gruźlica obok innych zakażeń jak płonica, dur, błonica. C. przestrzega przed zapatrywaniem, że to cierpienie niema poważniejszego znaczenia. Cierpienie to pozwala przypuszczać, a często i rozpoznawać gruźlicę u pozornie zdrowych. Rokować zaś trzeba w tem cierpieniu zawsze ostrożnie, bo niekiedy nietylko może się ono miejscowo pogorszyć, ale nawet być punktem wyjścia gruźlicy w innych narządach. *Stahr.*

XXIV. Zjazd niemiecki dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1907.

Podał **Dr E. Stahr.**

(Ciąg dalszy, por. Nr 20.)

Brieger (Berlin) ostrzega przed leczeniem wszystkich chorych na jedną modłę. Sposoby fizyczne dają 80% wyleczeń.

Hanau (Frankfurt nad M.) miał dobre wyniki w przypadkach ostrej rwy kulszowej po bańkach suchych, zaś

Minkowski (Gryfia) po znieczuleniu lędźwiowem.

Finkelnburg (Bonn) robił doświadczenia na zwierzętach, wstrzykując im do nerwów wyskok 80%. Zawsze zjawiało się potem porażenie i trwało kilka miesięcy. Badanie anatomicznopatologiczne stwierdzało, że nerw uległ zupełnemu zniszczeniu nawet wtedy, jeśli wyskok wstrzyknięto tylko w otoczenie nerwu, a nie w jego miąższ. Autor stwierdził nadto, że wstrzyknąć płyn do nerwu jest niezwykle trudno.

Noorden (Wiedeń) trzyma chorych na ostrą rwę kulszową w łóżku; chroni ich w ten sposób przed przejściem rwy z postaci ostrej w przewlekłą, a nawet nieuleczalną. Nie widział nigdy poprawy przypadków ostrych po cieplicach. Dobre wyniki w nerwobólach zakaźnych, szczególnie po grypie, dawało leczenie błękitem metylenowym w wielkich dawkach.

Stintzing (Jena) podnosi, że każdy prawie nerwoból wymaga innego leczenia i występuje przeciw Goldscheiderowi, który we wstrzykiwaniach widzi coś więcej, niż samo uśmierzanie bólu.

Treupel (Frankfurt n. M.) wskazuje na konieczność cierpliwego trzymania się raz obranej metody leczenia, ostrzega przed przerzucaniem się od jednego sposobu do drugiego. Wspomina, że częste pędzlowanie kokainą błony śluzowej nosa usuwało u niektórych jego chorych nerwoból n. trójdzielnego.

Gara (Piszczany) zwraca uwagę na nowy objaw rwy kulszowej: gwałtowna przeczulica na ucisk ostatniego kręgu lędźwiowego [1]). Mniej tkliwy jest krąg przedostatni; ucisk powyżej jest niebolesny. Objaw ten jest tak stały, że jeśli chory skarży się na ból przy uciskaniu kilku kręgów lędźwiowych, albo jeśli ostatni krąg jest niebolesny, to G. nie waha się wyłączyć w rozpoznaniu rwę kulszową.

[1]) Porównaj Semaine médicale 1907, str. 107.

Schilling (Norymberga) chwali metodę Biera w leczeniu nerwobólu n. trójdzielnego.

Quincke (Kiel) ostrzega przed wstrzykiwaniami wśród rwy kulszowej ostrej. W doświadczeniach na zwłokach przekonał się, że wstrzykiwania sposobem Langego działają nie na sam nerw, ale na jego osłonkę i dlatego zaleca ten sposób praktykom.

Bäumler (Fryburg w Bresgowii) radzi przedewszystkiem chorych na rwy trzymać w łóżku. Przypomina, że i u chorych z wadami niewyrównanemi serca bywają nerwobóle zależne od zastoju żylnego; naparstnica usuwa u nich bóle.

His (Getynga) wyraża przekonanie, że autorowie niemieccy za mało zwracają uwagi na t. zw. skazę gośćcową. Zaznacza dalej, że spotyka się i nerwobóle t. zw. rodzinne, które ustępują po zastosowaniu odpowiedniej, najczęściej roślinnej, dyety.

Lenhartz (Hamburg) przypomina dobre usługi, jakie oddają pryszczydła.

Sternberg (Wiedeń) uważa sposób Langego również tylko za uśmierzanie, a nie leczenie rwy. Dobrze w rwie działają często pijawki.

Matthes (Kolonia) stosował sposób Langego w 20 przypadkach rwy kulszowej z dobrym skutkiem; do znieczulania lędźwiowego ucieka się tylko w przypadkach rozpaczliwych, gdyż raz widział ropień po wstrzyknięciu.

Huismans (Kolonia) pokazuje radyogram zębiaka, wychodzącego z pierwszego zęba trzonowego i wywołującego ciężką rwę w zakresie trzeciej gałęzi n. trójdzielnego.

Doświadczalne zapalenie nerek i obrzęki nerkowe.

Schlayer (Tübingen) starał się wraz z Hedingerem i Takayasu zbadać, dlaczego w niektórych przypadkach zapalenia nerek zjawiają się obrzęki, a w innych, pozornie takich samych, nie ma nigdy ani śladu obrzęku. S. zatruwał zwierzęta uranem, który ma własność wywoływania zapalenia nerek z obrzękami i następnie badał na takich zwierzętach wpływ czynników zwężających i rozszerzających. Stwierdził, że przyczyna obrzęków leży w niedomodze nerki samej, niejako w niedrożności nerki samej, a nie w jakiemkolwiek zaburzeniu czyto kanalików moczowych, czy naczyń. Przypuszcza, że u człowieka, chorego na zapalenie nerek z obrzękami, dzieje się to samo, co u zwierząt zatrutych uranem, a mianowicie, że raczej zmniejsza się przepuszczalność naczyń nerkowych, niż że kanaliki moczowe ulegają jakiemuś zaburzeniu; aby się zjawiły obrzęki, muszą nadto naczynia skórne stać się więcej przepuszczalne, niż to bywa prawidłowo. Wracamy zatem do starej teoryi Cohnheima i Senatora.

Siegel (Reichenhall) zdołał wywołać zapomocą azotanu uranu u zwierzęcia ostre krwotoczne zapalenie nerek, które przeszło zwolna w postać przewlekłą śródmiąższową z przerostem lewej komory serca. S. badał także działanie przeziębienia jako przyczyny zapalenia nerek: odsłoniwszy jedną nerkę zwierzęcia' wystawiał ją na działanie lodu, poczem wytwarzało się obustronne krwotoczne zapalenie nerek, stwierdzone sekcyą.

Strauss (Berlin) dopatruje się w tych doświadczeniach dowodu, że słusznym jest jego sposób leczenia zapalenia nerek dyetą bezchlorkową. Że dla powstania obrzęku doniosłe znaczenie muszą mieć zmiany naczyń, tego dowodzi chory połowiczo porażony, dotknięty przewlekłem zapaleniem nerek, u którego kończyna porażona o wiele silniej była obrzękła, niż druga. Zapalenia nerek bardzo się różnią między sobą: w zapaleniu ostrem miąższowem chlorek sodu nie wywołuje obrzęków, chyba u osób szczególnie skłonnych.

Winternitz (Halle n. S.) nie zdołał wywołać nigdy zapalenia nerek przez przeziębienie, nawet działając lodem na nerkę, poprzednio wyjętą z prawidłowego położenia i ustaloną pod skórą.

Erich Meyer (Monachium) oraz Heincke wywoływali u zwierząt zapalenie przewlekłe z obrzękami, podając obok trucizny równocześnie dostateczną ilość wody i chlorku sodu. Na klinice monachijskiej oznacza się u każdego chorego na zapalenie nerek tę ilość chlorku, którą jego ustrój dobrze znosi. W tym celu oblicza się codziennie całkowitą ilość wydzielonego chlorku sodu i waży się chorego. W ten sposób stosuje się dyetę bezchlorkową, indywidualizując.

Noorden: Leczenie dyetą bezchlorkową smutno się czasem kończy. N. nie godzi się z tymi, którzy twierdzą, że więcej szkodzi podawanie chlorków, niż ich usunięcie z dyety. N. widywał chorych, którzy na dyecie, nieobfitującej w białko i chlorek sodu, nadzwyczajnie podupadli, a wrócili do sił i apetytu, kiedy pozwolono im na dyetę mniej surową. Usunąć więc chlorki z dyety

można dopiero wtedy, kiedy się przekonamy, że to choremu nie szkodzi.

Blumenthal (Berlin). Przedewszystkiem należy u chorego przywrócić równowagę w wydzielaniu chlorków, a kierować się przytem trzeba nie obrzękami, ale stanem ogólnym chorego. Nie trzeba zapominać jednak, że istnieje i zatrzymywanie chlorków suche[2]). (C. d. n.)

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago

ożywiło się znacznie w ostatniem półroczu. Regularnie co miesiąc odbywają się posiedzenia, na których oprócz roztrząsania miejscowych spraw zawodowych, odbywa się w odczytach i dyskusyach wymiana spostrzeżeń lekarskich. Tej wymiany myśli na polu lekarskiem było brak lekarzom polskim w Chicago; obecnie, stanowiąc realną korzyść, niewątpliwie wzmocni ona węzły spójni koleżeńskiej i przyciągnie pozostałych kolegów Polaków.

Na rok 1907 wybrano prezesem Towarzystwa dra A. Szwajkarta, jego zastępcą dra K. Żurawskiego, skarbnikiem dra M. A. Stupnickiego, sekretarzem dra J. P. Zaleskiego.

Jednym z ostatnich wykładów był odczyt dra S. Boguszewskiego p. t. **Porażenie nerwu twarzowego.** Włókna ruchowe, przeznaczone dla nerwu twarzowego, biorą swój początek w dolnym odcinku centralnego zakrętu mózgu. Włókna torują sobie drogę przez koronę promienistą, przez przednią część torebki wewn. do nakrywki (*tegmentum*), gdzie swemi zakończeniami obejmują komórki n. twarzowego, leżące po przeciwnej stronie w dolnej części mostu, w równej linii z ośrodkami 5. 9. i 10. pary nerwów. Stąd dopiero wychodzi nerw, zaopatrujący mięśnie twarzy, a anatomicznie dzielący się na trzy odcinki, mianowicie część wewnątrzczaszkową, część przebiegającą w kości, i wreszcie część zewnętrzną, t. j. całą część znajdującą się na zewnątrz otworu rylcowo-sutkowego. Nerw twarzowy zasila prawie wszystkie mięśnie twarzy, powiek i ust, z wyjątkiem zasilonych przez 3-cią i 5-tą parę. Przyczyną zupełnego porażenia nerwu twarzowego są zmiany jego ośrodka lub części sąsiednich, wywołane n. p. przez zaburzenia w krążeniu wskutek miażdżycy, przez nowotwory i t. p. Nagłe porażenie może powstawać w toku chorób zakaźnych, mocznicy, wskutek krwotoku mózgowego i t. d. Część wewnątrzczaszkowa często bywa zajęta wskutek zmian opon mózgowych, najczęściej na tle przymiotowem, nowotworów, lub też złamania kości potylicznej. Najczęstszą jednak przyczyną porażenia twarzy bywa zapalenie części kostnej lub zewnętrznej nerwu, które może być skutkiem urazu, zaziębienia lub też zapalenia ucha środkowego. Przy porażeniu ośrodkowem bywają porażone tylko mięśnie dolnej części twarzy, chory może zamykać oko i marszczyć czoło, a oddziaływanie na prąd elektryczny jest prawidłowe; przy porażeniu wskutek zmian torebki wewn. lub też neuronów nie centralnych zwykle bywa osłabienie ręki i nogi po tej samej stronie i pewnego stopnia niedowład języka. Porażenie przewlekłe zwykle bywa niezupełne i najczęściej zwieracz warg i zwieracz powiek nie są na razie porażone, co jednak następuje stopniowo; w tym przypadku zwykle następuje porażenie nerwów 9. i 10-go. W porażeniu nagłem, wywołanem przez zmiany naczyń krwionośnych, rokowanie jest niepomyślne, bo wtedy zwykle są zmiany inne, wiodące rychło do śmierci. Porażenie obwodowe części zewnętrznej znamionuje się znanymi, bardzo wybitnymi objawami: niedomykalnością powiek, wykrzywieniem ust ku stronie zdrowej, co staje się o wiele wyraźniejsze przy uśmiechu, zatrzymywaniem się pożywienia między policzkiem i dziąsłami, łzawieniem po stronie porażonej, czucie jest jednak nienaruszone i niema bolów. Jedynie przy dodatkowem zajęciu kilku włókien nerwu trójdzielnego można spodziewać się słabego bolu i swędzenia w okolicy ucha i nad wyrostkiem sutkowym. Jeżeli kostna część nerwu twarzowego jest zajęta, to do tego dołącza się utrata smaku w przedniej części języka po stronie porażonej. Różnica objawów jest tak wyraźna, że nie sprawia trudności w rozpoznaniu. Rokowanie w porażeniu obwodowem zależy od przyczyn i rodzaju tych przyczyn. W leczeniu poleca prelegent gorące okłady, pryszczydła za uszami, wewnętrznie spore dawki przetworów salicylowych i jodowych, strychninę (także podskórnie), stosowanie prądu galwanicznego, o ile można codziennie.

Dr J. P. Zaleski.

[2]) Zobacz Sémaine médicale 1905. str. 133—136.

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Protokół posiedzenia z dnia 20. II. (5. III.) 1907 r.

Obecnych członków 19.

I. Na wezwanie prezesa dra Strawińskiego uczcili zebrani przez powstanie pamięć dra Szrejbera, który zginął jako ofiara zakażenia morem podczas prac nad zarazkiem tej choroby.

II. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

III. Dr Leon Jastrzębski odczytuje rzecz pod tytułem: **Signe du sou i jego znaczenie rozpoznawcze w zapaleniu płuc i opłucnej.** Na mocy ścisłych i bardzo pouczających spostrzeżeń, przeprowadzonych w szpitalu dziecięcym, dochodzi prelegent do wniosku, że śród objawów, odróżniających zapalenie płuc od zapalenia opłucnej, doniosłe znaczenie ma t. zw. objaw monety (*signe du sou*), dotychczas mało uwzględniany; w niektórych przypadkach prelegenta objaw ten był rozstrzygającym; nieliczne doświadczenia prelegenta na zwłokach świadczą również o wartości omawianego objawu.

Dyskusya: Prof. Ziemacki zaznacza, że rozpoznanie zapalenia opłucnej nieraz przedstawia wielkie trudności; w jednym n. p. przypadku mowcy, gdzie chory po upadnięciu na wznak dostał gorączki, wszystkie objawy opukowe i osłuchowe przemawiały za tem cierpieniem; ponieważ wysięk zawierał krew, radził prof. Afanasjew, przypuszczając nowotwór, dokonać wycięcia żeber i otwarcia jamy opłucnej; mowca jednak wstrzymał się od tego zabiegu, idąc za radą prof. Szapiro, który przypuszczał możliwość pęknięcia tętniaka tętnicy głównej do jamy opłucnej i płuc. Sekcya istotnie stwierdziła pęknięcie zstępującej części t. głównej w odległości 14 ctm. od łuku tętnicy głównej z wylewem krwi do śródpiersia tylnego i lewego płuca. Czy nie dopomógłby w tym przypadku objaw monety? Otrzymawszy od prelegenta odpowiedź potwierdzającą, opartą na podstawie spostrzeżeń dotychczasowych, zaznacza prof. Ziemacki, że w swoim czasie posiłkował się sam osłuchiwaniem przy jednoczesnem opukiwaniu twardymi przedmiotami.

Prof. Witold Orłowski: Rozróżnienie zapalenia opłucnej od zapalenia płuc istotnie nie zawsze jest łatwe, zarówno w tych przypadkach, w których obok stłumienia odgłosu opukowego stwierdzamy szmer oddechowy o charakterze oskrzelowego, jak w tych, w których szmer jest osłabiony. Co do powstania szmeru oddechowego w zapaleniu opłucnej, to do niedawna tłómaczyliśmy go sobie w ten sposób, że wysięk, uciskając dolny płat lub część płuca, pozbawia go powietrza, bezpowietrzna zaś tkanka płucna lepiej przewodzi szmer, powstający w krtani i tchawicy, działając jednocześnie jako rezonator. W ostatnim czasie prof. Fawicki wystąpił z innem tłómaczeniem, którego prawdziwość bardzo dobitnie stwierdził w szeregu doświadczeń Granstrem, dowodząc jednocześnie mylności przytoczonej wyżej teoryi; mianowicie szmer oskrzelowy pochodzi z krtani i tchawicy i przenosi się stąd przez wysięk, który styka się z dużemi oskrzelami w okolicy wnęki płucnej. Gdy słyszymy szmer oskrzelowy, posiłkujemy się przy rozpoznawaniu obecnością trójkąta Harlanda i siłą drżenia głosowego. Niestety zdarzają się przypadki zapalenia opłucnej z wzmożonem drżeniem głosowem wskutek obecności łącznotkankowych zrostów, łączących opłucnę płuca z opłucną żebrową, a przewodzących fale głosowe. Posiłkujemy się w tychże razach wreszcie siłą szmeru; jak zaznaczają Rosenbach, Aufrecht, Fawicki i inni, u chorych na zapalenie płuc szmer oddechowy, bronchofonia i rzężenia sprawiają wrażenie powstających tuż u badającego ucha, przy zapaleniu zaś płuc jakby przychodzących zdala. We wszystkich tych przypadkach ze szmerem oskrzelowym *signe du sou* ma doniosłe znaczenie; wartość tego objawu obniża się jednak, jeśli sobie uprzytomnić, że w przypadkach przewlekłych zwykle są zrosty. W przypadkach z osłabionym szmerem oddechowym *signe du sou* niema żadnego znaczenia, ponieważ bywa on jednakowy zarówno w zapaleniu opłucnej, jak i w t. zw. *splenopneumonia* Granchera, przebiegającej z osłabionym szmerem oddechowym; te właśnie przypadki najtrudniej rozpoznać. Omówiwszy znaczenie *signe du sou* na podstawie danych piśmienniczych, spostrzeżeń prelegenta i własnych, dokonywanych obecnie, zwraca mowca uwagę na powstawanie t. zw. »Aufhellungszone« Hamburgera, t. j. pasu stosunkowo jawnego odgłosu wzdłuż kręgosłupa u chorych na zapalenie opłucnej; jego zdaniem, oprócz rezonansu strony zdrowej, mogą mieć znaczenie i zrosty, które, powstając często w okolicy kręgosłupa, przeszkadzają wysiękowi sięgać aż do kręgosłupa. Wreszcie zatrzymuje się mowca na 23-em spostrzeżeniu prelegenta, w kió-

rem rozpoznanie jeszcze przed stwierdzeniem *signe du sou* powinno było uwzględnić możliwość tworzenia się wysięku; oprócz niewyraźnego coprawda stłumienia, przypuszczenie w tym kierunku wzbudzały drobne rzężenia w okolicy dolnych części płuc, które nieraz, jak wykazał Damoiseau i inni, z Polaków doc. Janowski, towarzyszą tworzeniu się wysięku. Wyjaśniwszy pochodzenie tych rzężeń, nazwanych przez Damoiseau »frottementrâle«, radzi mówca prelegentowi uzupełnić doświadczenia na zwłokach przez użycie płynów o różnym składzie (oliwy, mleka, wysięku i przesięku opłucnego, przesięku brzusznego itd.).

Prof. St. Zaleski demonstruje tony, które dają monety przy różnem ich ustawieniu względem siebie i palców badającego i dla pewności wyników u chorych poleca obmyślenie przyrządu, któryby pozwalał uniknąć warunków, niepomyślnych dla stosowania metody monetowej.

IV. Odczyty dra St. Kozłowskiego i doc. Sowińskiego wobec późnej pory cofnięto z porządku dziennego.

V. Na posiedzeniu administracyjnem: 1) prezes dr Strawiński i wiceprezes prof. St. Zaleski w imieniu »Koła« złożyli życzenia doc. Z. Orłowskiemu i doc. Z. Sowińskiemu z powodu uzyskania docentury w Akademii; 2) sekretarzem posiedzeń ogólnych »Koła« obrano doc. Sowińskiego; 3) w poczet członków »Koła« przyjęto dra Birona i dra Święcickiego.

Witold Orłowski.

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

2. Pokarmy, używki i napoje.

Rządowy zakład badania środków spożywczych w Krakowie zbadał w r. 1901 — 1,555, w r. 1902 — 1,610, w r. 1903 — 1,627 próbek. Wzrasta głównie ilość próbek, nadsyłanych przez starostwa i zarządy gmin. Jednakże i pod tym względem wiele starostw zdumiewa poprostu niedbalstwem. W r. 1903 nie przysłano żadnej próbki do badania z 17 powiatów, po 1 lub 2 z 11, przeto trzecia część wszystkich starostw zdaje się o tę sprawę nie troszczyć. Wobec tego jest bardzo pożądaną większa działalność funkcyonaryuszy zakładu, jak to było w r. 1903, w którym pobrali oni sami 353 prób do badania (w r. 1902 — 146, w r. 1901 nawet tylko 32). Bezczynność wielu starostw nie pozwala ściśle osądzić, ile sprawa pokarmów i napojów pozostawia w kraju do życzenia i jaka w tym kierunku jest poprawa. Przedwczesnym też był wniosek Rady zdrowia w r. 1902, że się stosunki polepszyły, bo o tem nie można wnosić ze zmniejszenia się odsetku badanych prób, uznanych za złe (z 47·6% w r. 1901 na 37·7% w r. 1902), skoro wielki szmat kraju prób wcale do badania nie dostarcza. Pokazało się to zresztą zaraz w r. 1903, gdy przedmiotów, uznanych za złe, było znów 45·9%. Za złe uznano próbki najczęściej z powodu zepsucia się; zafałszowań wogóle nie spotyka się w Galicyi zbyt wiele (najczęściej jeszcze w napojach wyskokowych), ani zbyt wyrafinowanych.

Oprócz rządowego zakładu działają jeszcze w Krakowie i we Lwowie chemicy miejscy. Należy podnieść ze szczególnem uznaniem pracowitość pracowni chemicznych obu miast, uderzającą w porównaniu z zakładem rządowym, który przy 4 siłach fachowych (nie licząc urzędników manipulacyjnych) bada rocznie tylko 1½ tysiąca wszystkich próbek, gdy pracownia miejska lwowska przy jednej sile fachowej zbadała np. w r. 1903 samych tylko artykułów spożywczych 2,308, a krakowska również przy jednej sile 1,804 prób artykułów spożywczych i 6,458 prób nafty. Wytknąć tu potrzeba, że miasto Lwów w roku 1901 nie przedłożyło Namiestnictwu wcale sprawozdania z działalności chemika miejskiego, a w r. 1903 nie podało w sprawozdaniu wyników badania, ani najczęstszych zanieczyszczeń lub zafałszowań (dlaczego?!), odejmując przez to sprawozdaniu wszelką wartość. Tem korzystniej odbijają w Sprawozdaniu Rady zdrowia zajmujące szczegóły i wnioski chemika miejskiego krakowskiego. W obu miastach najwięcej do życzenia pozostawia nabiał i pieczywo. Mleko bywa najczęściej rozwodnione; masło zepsute, zafałszowanie margaryną nie zdarza się prawie wcale.

Sprawozdanie Rady zdrowia za r. 1903 zawiera pouczającą tabelkę, dającą pogląd na zaprowiantowanie obu naszych miast stołecznych. Już w r. 1902 stwierdziła Rada zdrowia niezmiernie smutny objaw: zmniejszanie się coraz znaczniejsze konsumcyi mięsa. Z tabelki w sprawozdaniu z r. 1903 wyczytać można, że objaw ten dalej się potęgował, a wobec drożyzny mięsa w latach ostatnich (1906/7) można domyślać się obecnych jego rozmiarów i coraz nędzniejszego odżywiania się naszej ludności miejskiej. Obniżenie ceny mięsa coraz więcej z zakresu postulatów ekonomicznych przechyla się w dziedzinę postulatów poprostu zdrowotnych; sprawa ta powinna żywiej zająć nietylko władze sanitarne, ale ogół lekarzy naszych.

W tymże r. 1903 przytacza Rada zdrowia szczegóły, odnoszące się do obrotu artykułami żywności, poczerpnięte ze sprawozdań lekarzy urzędowych. Niestety widocznie znowu tylko część starostw zwraca na te sprawy dokładniejszą uwagę, bo szczegóły te podano tylko o 21 powiatach. A gdzież reszta?

(C. d. n.)

Kronika historyczna na czerwiec.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. czerwca 1543 r. wychodzi pierwsze wydanie dzieła Andrzeja Vesala »De humani corporis fabrica libri septem«. Epokowe to dzieło, zapewniające autorowi wiekopomną sławę jako genialnemu reformatorowi anatomii, oparte na własnych mozolnych bardzo na owe czasy badaniach i sekcyach zwłok, prostujące błędy Galena i obalające zasadniczo jego anatomię, którą przez tyle wieków uważano za niewzruszony dogmat, staje się podwaliną nowoczesnej nauki o budowie ciała ludzkiego. Za życia autora wywołało jednak zawziętą przeciw niemu polemikę, jako przeciw temu, co targnąć się ośmielił na powagę Galena i zachwiać podstawami jego medycyny. Najzjadliwiej wystąpił Jakób Dubois, anatom paryski, bo w polemice z Vesalem swym byłym uczniem, posunął się aż do pogardy i szyderstwa. Drugim głośnym, lecz przedmiotowo i z godnością prowadzącym polemikę, był Gabryel Fallopio, młody słynny profesor anatomii w Ferrarze, później w Padwie. W dziele swem »Observationes anatomicae«, napisanem głównie przeciw Vesalowi, uznaje on jego wiedzę, lecz równocześnie stara się rzekome błędy prostować. Prócz tych dwóch wybitnych przeciwników, cały tłum innych rzucił się na Vesala, zatruł mu życie i o ciężkie przyprawił zgryzoty. Zwykły los ludzi, których wyższy umysł przerósł umysły współczesnych wielkości. — Vesal ur. 1515 r. w Brukseli, medycynę kończy w Paryżu. W r. 1537 otrzymuje katedrę chirurgii w Padwie. Powołany jako lekarz przyboczny na dwór Karola V. bierze udział w wyprawach wojennych. Po wstąpieniu na tron Filipa II. jedzie wraz z nim 1559 r. do Hiszpanii, skąd, zgnębiony intrygami dworskiemi, wybrawszy się w podróż do Palestyny, umiera 1564 r. na wyspie Zante.

3. czerwca 1887 r. otwartą zostaje pierwsza w Galicyi lecznica dla dzieci zołzowatych w Rabce. Jeszcze w r. 1879 na posiedzeniu Towarzystwa Opieki szpitala św. Ludwika w Krakowie zwrócił uwagę prof. Maciej Jakubowski na potrzebę założenia letniej kolonii dla dzieci przy jednym ze zdrojów słono-jodowych. Uchwalono upoważnić wnioskodawcę do przygotowania dat co do wyboru miejsca i kosztów założenia. Chociaż prof. Jakubowski gorliwie zająwszy się tem, zestawił wkrótce wszystko, to brak funduszów nie dozwolił myśli jego w czyn rychlej zamienić, aż dopiero po 8 latach, gdy na posiedzeniu Towarzystwa dn. 30 marca 1887 r. uznano za najodpowiedniejszą do tego Rabkę i uchwalono urządzić bez zwłoki lecznicę w wynajętem mieszkaniu z 4 pokoi o 12 łóżkach, gdzie zaraz w tym pierwszym roku umieszczono na lato 25 dzieci. W 1888 r. darował ówczesny właściciel Rabki ś. p. Julian Zubrzycki kawałek gruntu o 480 □ sążni powierzchni i tutaj wybudowano własny domek o 6 pokojach. Z biegiem lat rozszerzano przez dobudowy tę małą kolonię tak, że już w 1892 r. liczy ona 26 łóżek, a mieści 59 dzieci. Zacny twórca pożytecznego dzieła, prof. Jakubowski nie zadowalnia się tem, lecz gorliwymi zabiegami doprowadza do tego, że obecnie od lat 4 kolonia posiada własny, duży, umyślnie w tym celu zbudowany okazały budynek, urządzony z wszelkiemi dla małych pacyentów wygodami, w którym znajduje co roku pomieszczenie kilkudziesięciu chłopców i tyleż dziewcząt. Razem od 1887 r. do 1906 włącznie przebywało w kolonii 1774 dzieci, z czego 799 chłopców a 975 dziewcząt.

9. czerwca 1795 r. umarł Franciszek Chopart, ur. 1743 r., profesor chirurgii paryskiej »Ecole pratique« (od 1771 r.), autor dzieła o chirurgii dróg moczowych, wsławiony swą operacyą wyłuszczenia kości stopy z zachowaniem kości skokowej i piętowej.

13. czerwca 1864 r. otwiera pierwsze w Krakowie ambulatoryum chorób dziecięcych ówczesny docent pedyatryi Maciej Jakubowski »jako materyał dla nauczania studentów do wykładów praktycznych, podobnie jak zagranicą«. Przez długi czas nie było w Krakowie nawet osobnego zakładu dla chorób dziecięcych, a pedyatryi nauczano razem z położnictwem. Dopiero w 1833 r. urządzono przy klinice położniczej oddział dla dzieci o 12 łóżkach, a w r. 1874 otwarto klinikę pedyatryczną w szpitalu św. Łazarza z 32 łóżkami, powierzając prowadzenie jej prof. Jakubowskiemu. Jego to staraniom zawdzięcza Kraków osobny szpital dla dzieci pod wezwaniem św. Ludwika, wybudowany 1876 r., mieszczący klinikę uniwersytecką i oddział szpitalny. I dopiero teraz nauka pedyatryi mogła rozwinąć się należycie i wszechstronnie pod dzielnem kierownictwem swego pierwszego profesora, który tu przez 34 lat niestrudzenie, z takim pożytkiem i tak chlubnie pracuje.

18. czerwca 1365 r. bulla księcia Rudolfa IV., postanawia założenie uniwersytetu wiedeńskiego, którego wydział lekarski odegrał później tak ważną rolę w postępowym rozwoju nowoczesnej medycyny przez członków swych van Swietena, Rokitańskiego, Skodę i innych.

20. czerwca 1827 r. umarł Józef Czekierski. Urodzony 1777 r. w Warszawie, kończy medycynę w Berlinie, poczem zostaje dyrektorem instytutu położniczego w Warszawie, a w 1808 r. otrzymuje katedrę chirurgii i położnictwa w warszawskim wydziale lekarskim. Prócz licznych prac pomniejszych, napisał 4-o tomowy podręcznik chirurgii.

27. czerwca 1860 r. umarł Ludwik Bierkowski. Urodzony 1801 r. w Poznaniu, studyuje medycynę kolejno w Berlinie, Jenie i Lipsku, poczem zostaje dyrektorem szpitala izraelskiego w Warszawie. W 1831 r. mianowany profesorem chirurgii w uniwersytecie Jagiellońskim przybywa do Krakowa, gdzie wkrótce zyskuje imię dzielnego operatora. Urządza przy klinice chirurgicznej ambulatoryum dla ubogich chorych, zakłada muzeum narzędzi chirurgicznych, odlewów gipsowych i rycin. Pisał wiele po łacinie i po niemiecku; z prac jego wybitniejsze dotyczą kiły i raka odbytnicy. Sam umarł na raka wątroby.

29. czerwca 1860 umarł Tomasz Addison, lekarz szpitalny w Londynie. Ur. 1793 r., wsławił swe nazwisko opisaniem w 1856 r. choroby nadnercza, zwanej odtąd »Morbus Addisoni«. Praca ta nosi tytuł »Effects of the diseases of the suprarenal capsules«.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Nauka jednorazowa dziennie była przedmiotem obrad Walnego Zgromadzenia Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych (we Lwowie 19. i 20. V. b. r.). Oświadczono się ze względów higienicznych za utrzymaniem nauki jednorazowej tam, gdzie już istnieje, i rozszerzeniem jej na te szkoły, w których jej jeszcze nie wprowadzono. *R.*

Współdziałanie szkoły w walce z alkoholizmem ma według uchwał Walnego Zgromadzenia Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych odbywać się w ten sposób, że w podręcznikach szkolnych powinno się w większej mierze wskazywać na szkodliwość wyskoku, że w VI kl. szkół średnich obok nauki somatologii należy wprowadzić jednogodzinną naukę fizyologii i higieny ze szczególnem uwzględnieniem szkodliwości wyskoku i że wśród młodzieży rozpowszechniać należy broszurę, streszczającą wyniki badań nad działaniem wyskoku; natomiast oświadczono się przeciwko tworzeniu wśród młodzieży kółek abstynenckich. *R.*

Z ruchu higienicznego w Królestwie Polskiem. Na zjeździe delegatów oddziałów prowincyonalnych warszawskiego Towarzystwa higienicznego w d. 7. IV. b. r. postanowiono dążyć do zakładania nowych oddziałów, przedewszystkiem w miastach gubernialnych, powiatowych i w zdrojowiskach, zmierzać do nawiązania stosunków z Kółkami rolniczemi celem propagandy higieny wśród włościan, urządzić w r. 1908 zjazd higieniczny w jednem z miast prowincyonalnych, utworzyć organizacyę celem zbadania warunków higienicznych kraju, popierać częstochowskie Muzeum higieniczne i dążyć do zakładania instytucyi »Kropli mleka«. — Stowarzyszenie techników w Warszawie utworzyło wydział urządzeń zdrowotności publicznej, który postanowił zorganizować wielki zjazd higieniczny w Warszawie i założyć stałą wystawę urządzeń sanitarnych. Nadto przygotowuje wydział ten akcyę wspólną z Towarzystwami higienicznemi celem polepszenia urządzeń sanitarnych w kraju (zaopatrzenie w wodę miasteczek przez budowę tanich pomp do wody rzecznej, wprowadzenie odpowiedniejszych wychodków, ustalenie najpraktyczniejszego systemu usuwania odpadków i t. p.). *R.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. do 25. V. 1907 przypadków: płonicy 5 † 1, duru brzusznego 1, błonicy 2, róży 1. *Dr W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19. do 25. V. 1907, urodziło się dzieci żywo 68, nieżywo 3; zmarło osób 56 (w tem obcych 26), wśród nich z gruźlicy 11 (7), zapalenia płuc 4 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 19 do 25. V. 1907 przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcy 1), płonicy 5, odry 24, duru brzusznego 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac przygotowawczych w sekcyach:

XIX. Sekcya ginekologiczno-położnicza: Gospodarz: prof. dr Mars [Kościuszki 14], sekretarz: dr Bocheński [Klinika położnicza].

I. Tematy główne: 1. O postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych. Ref.: prof. Rosner (Kraków); koreferenci: Cykowski i Szymański (Warszawa), Kośmiński i Sołowij (Lwów). 2. O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Ref.: prof. Mars (Lwów), koreferenci: Jaworski (Warszawa), Pomorski (Poznań).

II. Wykłady zgłoszone: 1. Neugebauer (Warszawa): Ciała obce przypadkowo pozostawione w jamie brzusznej; przyczynek do odpowiedzialności chirurga. 2. Tenże: Rozpoznanie, rokowanie i leczenie przy równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej, oparte na kazuistyce 170 przypadków. 3. Tenże: Kilka słów o potworkach podwójnych żywo urodzonych, dłużej niż 24 godzin żyjących. 4. Tenże: Demonstracye kazuistyczne. 5. Jaworski (Warszawa): Tematy zastrzeżone. 6. Stankiewicz (Warszawa): Tematy zastrzeżone. 7. M. Warszawski (Warszawa): Krwawienia w okresie klimakterycznym, ich powstawanie i leczenie. 8. Staniszewski (Warszawa): Niezwykły przypadek pęknięcia macicy ciężarnej przy równoczesnej ciąży zamacicznej. 9. Tenże: Przyczynek do nauki o pęknięciach torbieli jajnikowych. 10. Szymański (Warszawa): Temat zastrzeżony. 11. Wawelberg (Warszawa): Wymiary główki płodów donoszonych — w tablicach. 12. Wątorek (Lwów): Anty- i aseptyka w położnictwie ze szczególnem uwzględnieniem praktyki prywatnej. 13. Tenże: Terapia 3-go okresu porodowego. 14. Tenże: Budowa macicy ludzkiej. 15. Sołowij (Lwów): Wartość i wskazania sączkowania jamy brzusznej po laparotomii. 16. Tenże: Kilka słów o działaniu nowszych przetworów sporyszu. 17. Tenże: Uniwersalne kleszcze porodowe i cyrkiel do bezpośredniego oznaczenia wymiaru prostego wchodu miednicy. 18. Rosner (Kraków): Temat zastrzeżony. 19. Zaremba (Kraków): O ciąży po nefrektomii. 20. Tenże: O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii. 21. Dobrowolski (Kraków): O pubiotomii. 22. Tenże: O jadach komórkowych łożyska i jajników. 23. Cetnarowski (Kraków): O leczeniu wysięków około- i przymacicznych według sposobu Pinkusa. 24. Tenże: O wynikach mierzenia miednicy zmierznikiem Bylickiego. 25. Jaworowski (Kraków): O leczeniu schorzeń błony śluzowej macicy sposobem Biera. 26. Przybylski (Kraków): O znieczulaniu lędźwiowem w położnictwie i ginekologii. 27. Owsiński (Kraków): O leczeniu gorączki połogowej na podstawie materyału oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Jordana w szpitalu św. Łazarza. 28. Mars (Lwów): Demonstracye kazuistyczne. 29. Bocheński (Lwów): Znaczenie neutrofilnego obrazu krwi w przypadkach septycznych

z uwzględnieniem badania bakteryologicznego krwi. 30. Machnicki (Lwów): O wartości leczniczej thigenolu w ginekologii. 31. Gröbel (Lwów): O naczyniakach łożyska. 32. Tenże: O zmianach na błonie śluzowej macicy przy włókniakach macicy. 33. Tenże: Zmiany błony śluzowej macicy w przypadkach wad serca niewyrównanych i rozedmy płuc. 34. Kośmiński (Lwów): Przedstawienie chorych, operowanych z powodu zupełnego wypadnięcia macicy. 35. Tenże: Okazanie preparatów anatomicznych. 36. Tenże: O postępowaniu po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej. 37. Daum (Lwów): O pęknięciach krocza. 38. Tenże: O rozszerzaniu szyi macicy w położnictwie. 39. Friedmann (Lwów): Nowy krążek w przypadkach wypadnięcia macicy. 40. Tenże: Acetonurya w ciąży. 41. Brejter (Lwów): O torbielach przedsionka i warg małych. 42. Tenże: Przyczynek do tamponowania macicy. 43. Tenże: O leczeniu spraw zapalnych przymacicznych gorącem powietrzem. 44. Tenże: O rozszerzaniu części miękkich kanału rodnego rozszerzadłami metalowemi. 45. Pisarzewski: O pubiotomii. 46. Sieminowicz (Chicago): Nowy sposób leczenia gorączki połogowej zapomocą srebrosolu (tribrosolu). 47. Tenże: Nowy sposób leczenia metroragii i menoragii u kobiet zapomocą srebrosolu przez zniszczenie błony śluzowej macicznej na sposób *atmocausis* i *zestocausis* Pinkusa, bez użycia jednak gorącej pary lub powietrza.

X. Sekcya fizyologiczna (ciąg dalszy). 11. Fr. Rajkowski (Ciechanów, Król. pol.): Działanie plastrów. 12. Tenże: Methylenum caerulum w zapaleniu ostrem nerek i chorobach zakaźnych. 13. Tenże: Działanie szpiku kostnego. 14. M. Konopacki (z zakładu anatomii opisowej w Krakowie): Z badań nad oddychaniem dżdżownic.

XXI. Sekcya medycyny publicznej.

Tematy główne: 1. Zaopatrywanie osad ludzkich we wodę ze szczególnem uwzględnieniem miasteczek i wsi. Referenci: prof. St. Zaleski (Petersburg), prof. Bujwid (Kraków), r. dw. dr Merunowicz (Lwów). Koreferenci: dr Walczyński (Tarnów), nadr. budow. inż. Ingarden (Lwów), inż. Maślanka (Lwów). 2. Śmiertelność niemowląt (wspólnie z XIII sekcyą pedyatryczną). Referenci: r. dw. dr J. Merunowicz (Lwów). Ogólny pogląd na obecny stan śmiertelności niemowląt. Prof. Raczyński (Lwów). Przyczyny. Dr Serkowski (Łódź). Sposoby zapobiegania. 3. Epidemiologia duru brzusznego w świetle najnowszych badań. Ref.: prof. Kučera (Lwów). 4. Produkcya, przechowywanie i sprzedaż środków spożywczych. Ref.: insp. dr Leonard Bier (Kraków). Koref.: dr Walczyński (Tarnów). 5. Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy. Ref.: dr Alfred Sokołowski (Warszawa) i prym. dr W. Pisek (Lwów). 6. O potrzebie organizacyi zjazdów higienistów polskich. Ref.: dr Polak (Warszawa). Koref.: r. san. dr Lachowicz (Lwów).

Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z XXVI sekcyą wychowania fizycznego dla omówienia tematu: Stan obecny higieny szkolnej w Polsce.

Zgłoszone w dalszym ciągu (por. »Przegl. lek.« Nr 14, str. 188) wykłady: 1. Dr G. Turzański (Jarosław): Kilka uwag w sprawie polepszenia stosunków prostytucyi. 2. Inż. I. Pinkus (Praga): O nowoczesnem usuwaniu i zużytkowaniu stałych odpadków miejskich. 3. Dr J. Kadyi (Jasło): Wzorowy szpital na prowincyi. 4. Prof. J. Nowak i dr Szymanowski (Kraków): Jakie typy bakteryi gruźliczych znajdują się w ludzkim ustroju i jak często. 5. i 6. Dr J. Tchórznicki (Warszawa): Kąpiele dzieci w szkołach miejskich w Warszawie. — Stan sanitarny lokali 200 szkół miejskich w Warszawie w ostatniem trzechleciu. 7. Dr Żenczykowski (Warszawa): Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży prywatnych szkół średnich w Warszawie. 8. Dr W. Knappe (Warszawa): Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży szkół »Macierzy szkolnej« w Warszawie. 9. Dr J. Krysiński (Warszawa): Warunki sanitarne lokali szkolnych i stan fizyczny młodzieży szkoły przemysłowców w Warszawie. 10. Dr J. Koelichen (Warszawa): Szkoły i zakłady wychowawcze dla dzieci na umyśle upośledzonych. 11. Dr Stan. Kopczyński (Warszawa): Znaczenie higieniczno-wychowawcze systematycznych oględzin lekarskich młodzieży szkolnej. 12. Dr Wł. Chodecki i dr St. Kopczyński (Warszawa): Z higieny domowej ucznia. 13. i 14. Prof. B. Błażek (Stryj): Nauka jedno i dwurazowa. — Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 15. M. Aleksandrowiczówna (Lwów) Plany naukowe szkół żeńskich w Galicyi. 16. Dr M. Janelli (Lwów): Rezolucye w sprawie lekarzy szkolnych i referentów sanitarnych w Radach szkolnych. 17. Dr S. Rossberger (Jarosław): Środki doraźne przeciwko niedomogom higienicznym szkół naszych.

Komitet Wystawy zjazdowej zawiadamia wszystkich wystawców, że otwarcie wystawy nastąpi nieodwołalnie d. 16. czerwca b. r. Wobec tego przypomina Komitet wystawcom, że w myśl postanowień regulaminu powinni swe okazy dostarczać na plac wystawy w czasie od 1. do 10. czerwca, gdyż po upływie tego terminu nadesłane okazy mogą zostać zwrócone, względnie niekorzystne ich pomieszczenie będą musieli wystawcy przypisać opóźnieniu ich wysłania.

Dyrektor wystawy: *Dr Krzyżanowski.*

Składki na pomnik M. Nenckiego. (Spis I.) Wydział gospodarczy X. Zjazdu lek. i przyr. polskich oraz Komitet pomnika podają do wiadomości, iż na pomnik wpłynęły już następujące datki: Tow. przyrod. im. Kopernika we Lwowie 100 K, Gremium aptekarzy wschod.-gal. na wniosek p. mag. farm. K. Sklepińskiego 50 K, Koło aptekarzy lwowskich 50 K. — Na listę prof. Radziszewskiego: prof. Radziszewski 30 K, p. Wł. Leppert (Warszawa) 250 K 65 gr, doc. St. Opolski 20 K, dr Bolland ze składek zebranych w Tarnopolu 30 K, razem 330 K, 65 gr. — Na listę prof. St. Kostaneckiego (Berno, Szwajcarya): prof. St. Kostanecki 45 K, prof. Tambor (Berno) 10 K, Dr Lampe (Berno) 10 K, razem 65 K. — Na listę dyr. szpit. dra J. Starzewskiego: dr J. Starzewski 2 K, dr Krzyszkowski 2 K, dr Arnold 2 K, dr Świątkiewicz 2 K, dr Opolski 2 K, dr E. Wajgel 2 K, razem 12 K. — Na listę prof. Becka: prof. Ziembicki 20 K, dr Obtułowicz 5 K, dr Pisek 5 K, prof. Szymonowicz 20 K, doc. Rencki 20 K, prof. L. Rydygier 20 K, p. Marya Strzelecka 1 K, prof. Machek 20 K, doc. Sołowij 5 K, razem 116 K. — Na listę prof. Bądzyńskiego: prof. Bądzyński 100 K, prof. Popielski 50 K, prof. Beck 20 K, prof. Sieradzki 20 K, prof. Łukasiewicz 20 K, prof. Mars 20 K, prof. Halban 20 K, prof. Raczyński 20 K, prof. Prus 20 K, prof. Kučera 10 K, doc. A. Bednarski 10 K. — Dr Kazimierz Orzechowski (Wiedeń) 20 K. — Składki przyjmuje dalej sekretarz Zjazdu i skarbnik Komitetu pomnika docent dr Adam Szulisławski (Lwów, Jagiellońska 8).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 29. V. uroczyste posiedzenie dla złożenia hołdu pamięci Henryka Jordana. Przemówienia prezesa wysłuchało tłumne zebranie stojąc, poczem posiedzenie zamknięto.

— Słuchacze Wydziału lekarskiego wszechnicy Jagiellońskiej uchwalili zebrać fundusz im. ś. p. Henryka Jordana i oddać ten fundusz w zawiadywanie zawiązującej się »Wzajemnej pomocy słuchaczy medycyny«.

— W Towarzystwie lekarskiem krak. odbyła się pogadanka o projektach regulacyi Wisły pod Krakowem ze stanowiska sanitarnego, zagajona przez dra Uromskiego.

— Ministerstwo zgodziło się na budowę kliniki psychiatryczno-neurologicznej przy placu Aryańskim według przedłożonych planów, przez co sprawa weszła w okres urzeczywistnienia.

— Kierownictwo kliniki położniczo-ginekologicznej i wykłady kliniczne powierzył Wydział lekarski U. J. doc. Dobrowolskiemu.

— *Otrzymaliśmy następujące pismo:*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu złożył na moje ręce 58 K 60 h zamiast wieńca na trumnę ś. p. prof. Jordana na rzecz Tow. Samopomocy lekarzy w Krakowie. Kwotę powyższą przesłałem przekazem pocztowej kasy oszczędności Nr 853,810 do centralnej kasy Towarzystwa.

Dr Adam Langie.

Lwów. Uniwersyteckie ambulatoryum dentystyczne otwarto uroczyście d. 18. V. b. r. Kierownikiem ambul. jest doc. Gońka.

Poznań. Walne zebranie Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w d. 10. IV. b. r., na które zjechał w sprawie X. Zjazdu lek. i przyr. polskich prezes wydziału gospodarczego prof. Bylicki ze Lwowa, przybrało postać wspaniałego zjazdu koleżeńskiego, jakiego oddawna nie pamiętano. Gromadny udział kolegów z najodleglejszych okolic Księstwa i Prus zach. świadczył wymownie, jak bardzo sprawa Zjazdu leży na sercu lekarzom polskim w tej dzielnicy. Zebranie to dało zarazem pożądaną sposobność spotkania się wielu kolegom, którzy nie widzieli się dziesiątki lat i zapoznania się, oraz zadzierzgnięcia serdecznych węzłów między starszemi i młodszemi pokoleniami lekarzy. Podniosły i gorący nastrój panował na zebraniu, którem po posiedzeniu podejmował lwowskiego Gościa dr Heliodor Święcicki, gromadząc pod swym dachem stukilkudziesięciu lekarzy

i najwybitniejszych przedstawicieli inteligencyi poznańskiej, a na którem dr Święcicki, biskup dr Likowski i prof. Bylicki wygłosili przemowy, nacechowane żarem miłości nauki i kraju. Następnego dnia żegnano jeszcze prof. Bylickiego w gronie koleżeńskiem w mieszkaniu dra Karwowskiego. *K.*

Warszawa. Z polecenia ministeryum oświaty opracowany został tymczasowy program nauczania higieny w szkołach średnich. Przedmiot ten mają wykładać lekarze, posługując się metodą poglądową (przedstawianie przyrządów, preparatów, zwiedzanie urządzeń sanitarnych i t. d.).

— Liczbę zdrojowych pism sezonowych powiększy »Zdrój Ciechociński«, który wychodzić będzie co tydzień pod redakcyą dra Lorentowicza i dra Jul. Bandrowskiego.

— Do zarządu warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy wybrani zostali: prezesem dr L. Guranowski, wiceprezesem dr J. Zawadzki, skarbnikiem dr H. Kucharzewski, sekretarzem dr K. Wisłocki.

— Kierownikiem warszawskiego zakładu dla nerwowo i umysłowo chorych, niegdyś dra Chomętowskiego, został dr Stanisław Orłowski, lekarzem miejscowym dr F. Jakubowski.

— Na budowę szpitala dla dzieci w Lublinie ofiarowali pp. Vetterowie 60,000 rb.

Z różnych stron. Petersburska Akademia wojskowo-lekarska została znów zamknięta, tym razem aż do jesieni.

— Sprawa pomnika Virchowa, która w r. z. nabrała rozgłosu wskutek protestów, podnoszonych przez lekarzy przeciwko projektowi rzeźbiarza Klimscha, została ostatecznie w ten sposób załatwiona, że artysta zmienił swój projekt, uwydatniając w nim więcej główną osobę.

Mianowani: lekarz pow. dr Filewicz w Nowym Sączu starszym lekarzem powiatowym.

Zmarli: dr A. Charrin, profesor patologii ogólnej i porównawczej w »Collège de France«, w Paryżu w 50 r. ż.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w maju 1907: *Gazeta lekarska Nr 15—19:* Grzankowski: Operowanie raka macicy przez pochwę. Bernhardt: Przyczynek do t. zw. choroby Dariera. Sosnowski: Kondensor do badań ultramikroskopowych. Bieliński: Kilka słów o szkołach lekarskich w Polsce w końcu XVIII. wieku. Peszke: Przed 116 laty. Sławiński: W sprawie leczenia przepukliny. Kopczyński: Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych. Higier: Zaburzenia potowydzielnicze w przebiegu chorób rdzenia. Sterling: Dwa przypadki aleksyi. — *Medycyna Nr 17—21:* Leśniowski: O nowoczesnem leczeniu operacyjnem porażeń dziecięcych pochodzenia rdzeniowego. Pisarzewski: 3 przypadki cięcia cesarskiego klasycznego przy względnem wskazaniu. Trzciński T.: Notatki kazuistyczne. Karczewski: O ciąży śródmiąższowej. Endelman: W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki. — *Tygodnik lekarski Nr 17—21:* Reiss: Wrodzony nitkowaty zrost brzegów powiekowych. Biernacki: Wpływ pokarmu przetłuszczonego na czynności narządu trawienia i spalania ustrojowe. Gwozdecki: Przypadek samobójczego zatrucia weronalem. Schramm i Doliński: Przyczynek do znajomości chłoniaków. Spira: Rzadki przypadek skombinowanego zboczenia rozwojowego przewodu ucha zewnętrznego. — *Kronika lekarska Nr 8—9:* Biehler, Miklaszewski, Giedroyć (c. d.). — *Nowiny lekarskie Nr 5:* Gantz: Przypadek samoistnej przetoki tchawicy pochodzenia przymiotowego. Gerzabek: O trudnościach rozpoznawczych w przypadkach uwięzniętych przepuklin udowych (dok.). — *Czasopismo lekarskie Nr 3:* Janowski: O badaniu zapasowej energii serca za pomocą ucisku na tętnice biodrowe, oraz o spostrzeganych przytem zmianach w krzywej tętna. Saks: Gruźlica a ciąża. Czarnocki: Jeszcze o medycynie wiejskiej. Brodzki: Badania i doświadczenia kliniczne z chlebem »liton«, nowem pieczywem dla dyabetyków. — *Krytyka lekarska Nr 5:* Biegański Wł.: Uwagi krytyczne nad klasyfikacyą chorób. Peszke: Wycieczki historyczno-krytyczne w obrąb dziejów przymiotu. II. O Janie Solfie i książeczce jego »De morbo gallico«. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 3:* Krzyształowicz: Przypadek t. zw. gruczolaka łojowego. — *Postęp okulistyczny Nr 3:* K. W. Majewski: O operacyjnem leczeniu myopii. — *Kronika dentystyczna Nr 5:* Zieliński Wł.: Złoto w dentystyce. Neufeld: Przypadek silnego krwotoku następczego po wyjęciu zęba. — *Głos lekarzy Nr 9—10:* Rewizya rozporządzenia ministeryalnego w sprawie aptek domowych. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. Bogdanik: Czyją własnością jest część ciała, podczas operacyi odjęta? Pacyna, Wątorek: W sprawie ubezpieczenia lekarzy. Flis: O potrzebie organizacyi lekarzy i jej zadaniach. Bogdanik: O naszem szpitalnictwie. — *Przegląd higieniczny Nr 5:* E. Wajgiel: Zasady pielęgnowania chorych w domu. Szpilman: Kongres międzynarodowy higieny mieszkań (c. d.). — *Zdrowie Nr 5:* Chodźko: O instytucyach »Kropli mleka«. Korybut-Daszkiewicz: Grzechy mieszkań naszych pod względem higienicznym.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 5. czerwca o godzinie 6 wieczór** w **Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład dra Ehrenpreisa: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan,** b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek.**
Dr **Gabryszewski A.,** Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Październ.
Dr **Tarnawski,** właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian,** („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens,** („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.,** kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek,** (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław,** b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Lang Otokar,** lekarz okr.
Dr **Langie Adam,** okulista, od 1 lipca do 15 sierp. (tylko w chor. ocznych).
Dr **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery,** b. lekarz zakładowy (zimą w Abacyi).
Dr **Hammerschlag,** (Willa „Atylla").
Dr **Kołaczkowski J.,** kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz,** radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski,** radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO
DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński,** (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk,** lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon,** b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz,** („Villa St. Hubert").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.,** lekarz zakładowy.
Dr **Wobr,** lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard,** (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg,** (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef,** („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.,** radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.,** radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko,** b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar,** („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław,** radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.,** („Stadt Hamburg").